



V-065 - MANEJO MINI-INVASIVO DEL DIVERTÍCULO SIGMOIDEO GIGANTE EN EL PACIENTE FRÁGIL

del Pozo Andrés, Eneko; Calvo Fernández, Marta; Portugal Porras, Vicente; Badiola Bergara, Izaskun; de Andrés Olabarria, Unai; Vicente Rodríguez, Irune; Fernández Pablos, Francisco Javier; Ibáñez Aguirre, Francisco Javier

Hospital de Galdakao-Usansolo, Galdakao.

Resumen

Objetivos: Presentar el manejo mini-vasivo de un divertículo sigmoideo gigante en un paciente frágil y explicar las diferencias de la sigmoidectomía con la diverticulectomía en este tipo de pacientes. Se presenta un caso de divertículo sigmoideo gigante en un paciente frágil, realizándose una diverticulectomía videoasistida y se compara con la realización de la técnica estándar para la enfermedad diverticular sintomática (sigmoidectomía).

Caso clínico: Varón 76 años. AP: HTA, DM2, dislipemia, miocardiopatía hipertrófica, ICC leve con FEVI normal. En estudio por anemia, es diagnosticado de divertículo sigmoideo gigante (TR104 × AP74 × CC110 mm). Se propone intervención quirúrgica programada tras rehabilitación multimodal. Intervención: abordaje laparoscópico (3 trócares). Se evidencia divertículo gigante y adherencia firme fibrosa a asa de intestino delgado. Se realiza disección del divertículo y del cuello del mismo en el colon sigmoideo, y diverticulectomía mediante sección/afeitado del colon sigmoideo con EndoGIA. Se realiza incisión de asistencia (Mini-Pfnannestiel). Se realiza entonces sección de dicho segmento intestinal y anastomosis laterolateral mecánica. Evolución satisfactoria. Alta hospitalaria el 5º DPO y de CCEE al mes tras intervención. La técnica estándar para el tratamiento del divertículo gigante colónico es la resección colónica con diverticulectomía ad bloc. De hecho, en 2015 G. Nigri publicó una revisión sistemática de 166 casos en la que la intervención más realizada y aconsejada es la resección (preferiblemente laparoscópica). Sin embargo, no se contemplan las características demográficas de los pacientes, las complicaciones postoperatorias ni el riesgo de recurrencia. Es por ello que a falta de mayor evidencia, y teniendo en cuenta que el paciente presentaba un riesgo anestésico moderado (ASA-III, CR-Possum morbilidad 25%, mortalidad 6%) y que no había tenido episodios de diverticulitis previos, se decidió la realización de esta técnica.

Discusión: 1. La diverticulectomía videoasistida es una intervención segura para el paciente frágil.
2. Una selección de técnica individualizada es imprescindible.